

quản lý, theo dõi và điều trị người bệnh loạn thần do rượu vào Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng. Xây dựng kế hoạch tập huấn chuyên môn cho tuyến cơ sở về hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu.

V. KẾT LUẬN

- Người bệnh loạn thần do rượu đến điều trị tại Bệnh viện Tâm thần được chăm sóc, phục vụ chu đáo, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh và người nhà NB.

- Công tác chăm sóc, theo dõi được thực hiện sát sao, phát hiện kịp thời những diễn biến của NB và có biện pháp xử lý phù hợp đảm bảo an toàn cho NB.

- Trong quá trình điều trị tại bệnh viện NB được theo dõi, quản lý chặt chẽ không được tiếp xúc và không được uống rượu.

- Nhân viên y tế tuyên truyền, GDSK về tác hại của rượu để người bệnh và người nhà người

bệnh hiểu và phối hợp giúp người bệnh bỏ rượu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quốc Việt, Nguyễn Đức Trí** (2016). Thực trạng sử dụng rượu bia tại cộng đồng xã Nam Vân, thành phố Nam Định. Nghiên cứu khoa học cấp cơ sở Bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định.
2. **Nguyễn Mạnh Hùng** (2010). Tác hại của rượu. Nhà xuất bản y học, Hà Nội
3. **Bộ Y tế** (2020). Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới. NXB Y học, Hà Nội
4. **Lưu Ngọc Lan** (2021). Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu tại bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2021. Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa I, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2021
5. **Mạc Thị Hồng Nhung** (2019). Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu tại bệnh viện Tâm thần Nam Định năm 2019. Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa I, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2019.
6. **Bộ Y tế** (2021). Thông tư 31/2021/TT-BYT Quy định công tác điều dưỡng trong bệnh viện, ban hành ngày 28/12/2021

TẮC RUỘT NON DO THOÁT VỊ CẠNH TÁ TRÀNG: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trần Thị Ngọc Mai¹, Trần Đăng Khoa¹

PARADUODENAL HERNIA: A CLINICAL CASE REPORT

Paraduodenal hernia is the most common form of congenital internal hernia with a high risk of progressing to intestinal obstruction and intestinal ischemia. Accurate preoperative diagnosis will help early intervention and appropriate management, reducing the patient's risk of recurrent intestinal obstruction. Computed tomography currently plays an essential role, with high accuracy in preoperative diagnosis of internal hernias, including paraduodenal hernias. We would like to present the case of a 50-year-old male patient with a history of recurrent abdominal pain who was admitted to the hospital because of severe abdominal pain and vomiting. He was diagnosed with small bowel obstruction due to paraduodenal hernia and had subsequent laparoscopic surgery to repair hernia at Huu Nghi hospital. The purpose of this article is to summarize the clinical features and images of intestinal obstruction due to paraduodenal hernia to help guide diagnosis and provide appropriate treatment methods.

Keywords: Internal hernia, paraduodenal hernia, intestinal obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị nội là sự di chuyển bất thường của các tạng trong ổ bụng qua các khe hở tự nhiên hoặc các khiếm khuyết của phúc mạc hoặc mạc nối vào ổ bụng. Thoát vị nội được phân loại theo

TÓM TẮT

Thoát vị cạnh tá tràng là dạng thoát vị nội bẩm sinh thường gặp nhất với nguy cơ cao tiến triển thành tắc ruột và thiếu máu ruột cục bộ. Việc chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật sẽ giúp can thiệp sớm và có hướng xử trí thích hợp, làm giảm nguy cơ bán tắc ruột tái phát của bệnh nhân. Chụp cắt lớp vi tính hiện đang đóng vai trò thiết yếu, có độ chính xác cao trong chẩn đoán trước mổ các loại thoát vị nội, trong đó có thoát vị cạnh tá tràng. Chúng tôi xin trình bày trường hợp bệnh nhân nam 50 tuổi có tiền sử đau bụng tái diễn, vào viện vì đau bụng nhiều kèm nôn được chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị cạnh tá tràng, đã phẫu thuật nội soi sau đó để sửa chữa thoát vị tại Bệnh viện Hữu Nghị. Mục đích của bài báo này là tóm tắt các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tắc ruột do thoát vị cạnh tá tràng trên cắt lớp vi tính, góp phần hướng dẫn chẩn đoán và đưa ra phương pháp điều trị thích hợp. **Từ khóa:** Thoát vị nội, thoát vị cạnh tá tràng, tắc ruột

SUMMARY

SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Mai

Email: maitn.0602@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

vị trí hoặc dựa vào các loại lỗ thoát vị [1], trong đó thoát vị cạnh tá tràng là thường gặp nhất. Chẩn đoán thoát vị cạnh tá tràng thường khó khăn vì các triệu chứng không đặc hiệu và tình trạng thường hiếm gặp. Nguy cơ tắc ruột và bán tắc ruột được báo cáo vượt quá 50% trong suốt đời [2]. Do đó, cần chẩn đoán kịp thời và chính xác với một phương pháp chẩn đoán nhanh. Hiện nay chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng với các dấu hiệu điển hình và độ tin cậy cao, đặc biệt là trong trường hợp thoát vị cạnh tá tràng. Chúng tôi trình bày trường hợp bệnh nhân nam thoát vị bên trái tá tràng và thảo luận nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị theo tài liệu hiện tại về thoát vị cạnh tá tràng.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 50 tuổi, vào viện với triệu chứng đau bụng hạ sườn trái diễn biến 2 ngày nay, mức độ đau bụng tăng dần kèm nôn. Bệnh nhân có tiền sử đau bụng tái diễn, không có tiền sử chấn thương hay phẫu thuật. Khám lúc vào viện toàn trạng bệnh nhân ổn định, bụng chướng, không có phản ứng thành bụng, không có cảm ứng phúc mạc. Siêu âm không phát hiện bất thường có ý nghĩa. Sau đó bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang.



Hình 1: Hình ảnh cắt lớp vi tính 256 dãy ổ bụng có tiêm thuốc cản quang

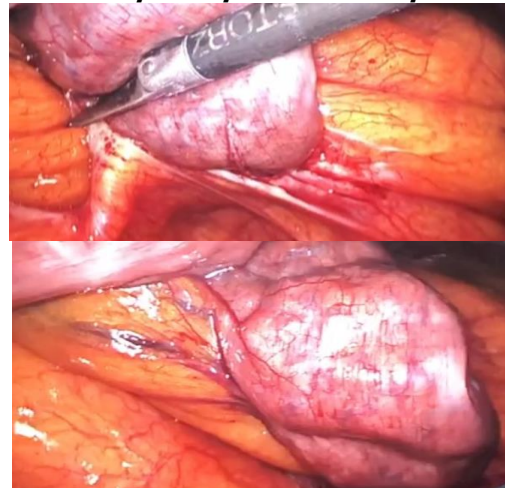
Trên phim chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh các quai ruột non ở cạnh trái tá tràng tập trung

với nhau thành một "túi" kích thước khoảng 55x108x80mm, quai vào là đoạn D4 tá tràng, quai ra là quai hồng tràng, phần cổ túi nằm ngay sát cạnh trái và phía dưới của D3 tá tràng rộng khoảng 40mm. Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và động mạch đại tràng xuống chạy phía trên và áp sát vào thành trước của túi. Không thấy hình giãn ứ dịch các quai ruột trong túi, không thấy dịch tự do trong túi này. Hình ảnh này nghĩ tới thoát vị nội vào hố Landzert (thoát vị cạnh trái tá tràng), hiện không thấy dấu hiệu tắc/ngheẹt các quai ruột trong túi thoát vị.

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi sau 20 giờ vào viện. Trong mổ quan sát thấy lỗ thoát vị tạo bởi phúc mạc thành sau và bó mạc mạc treo tràng trên, thành phần trong túi thoát vị là hồng tràng và mạc nối. Ngoài ra còn có 1 dây chằng đi từ bờ tự do ruột tới mạc treo chèn ngang quai ruột phía dưới. Chẩn đoán trong mổ là thoát vị cạnh trái tá tràng.



Hình 2: Hình ảnh đoạn ruột thiếu máu và dây chằng trong ổ tương ứng với vị trí cổ túi thoát vị xác định trên cắt lớp vi tính



Hình 3: Hình ảnh cắt dây chằng và giải phóng các quai ruột về vị trí giải phẫu

Bệnh nhân được cắt dây chằng, giải phóng các quai ruột đưa về vị trí giải phẫu và đóng lỗ thoát vị. Sau 3 ngày phẫu thuật, bệnh nhân được xuất viện, khám lại sau 1 tháng, các triệu chứng đau bụng không còn tái diễn.

III. BÀN LUẬN

Thoát vị nội được báo cáo gây ra khoảng 4% trường hợp tắc ruột non cấp tính [3]. Chẩn đoán thoát vị nội là một thách thức vì bệnh nhân thường không có triệu chứng đặc hiệu hoặc xuất hiện với các triệu chứng đau bụng mơ hồ và thường tái phát. Những cải tiến trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đã làm tăng hiệu quả chẩn đoán trước phẫu thuật của thoát vị nội, giá trị cao nhất khi thực hiện trong giai đoạn có triệu chứng. Xác định sự xuất hiện của thoát vị nội trên cắt lớp vi tính bao gồm một số bước cơ bản: nhận ra dấu hiệu quai ruột đóng, xác định lỗ thoát vị và phân tích sự dịch chuyển bất thường của các cấu trúc xung quanh lỗ thoát vị và túi thoát vị [4].

Bảng 1: Phân loại thoát vị nội được dựa trên đặc điểm của các lỗ thoát vị

Lỗ thoát vị	Loại thoát vị
Khe tự nhiên	Thoát vị qua khe Winslow
Ngách, hố bất thường giữa phúc mạc và khoang sau phúc mạc	Thoát vị cạnh tá tràng, quanh manh tràng, hố gian Sigma, vùng chậu (Trừ thoát vị qua dây chằng rộng)
Khe hở bất thường của mạc treo hoặc dây chằng phúc mạc	Thoát vị qua mạc treo ruột non/ mạc nối lớn, túi mạc nối, dây chằng liềm, dây chằng rộng, thoát vị qua/trong mạc treo đại tràng Sigma, thoát vị Roux en Y

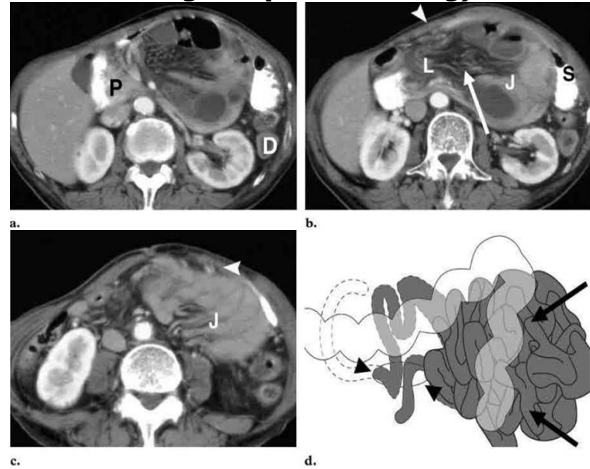
Thoát vị cạnh tá tràng là phổ biến nhất, chiếm hơn 50% các trường hợp thoát vị nội. 75% trong số này là bên trái và có xu hướng tỷ lệ nam/nữ là 3/1 [5].

Thoát vị cạnh trái tá tràng phát triển thông qua hố Landzert vào đại tràng xuống và bên trái của đại tràng ngang. Hố Landzert là hợp lưu của khu vực mạc treo đại tràng xuống, mạc treo đại tràng ngang và mạc treo ruột non, là kết quả từ sự thất bại trong quá trình hợp nhất của mạc treo tràng dưới với phúc mạc thành.



Hình 4: Thoát vị cạnh trái tá tràng (Một quai của ruột non (mũi tên cong) thoát vị

qua hố Landzert, nằm phía sau tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và động mạch đại tràng trái (mũi tên thẳng)

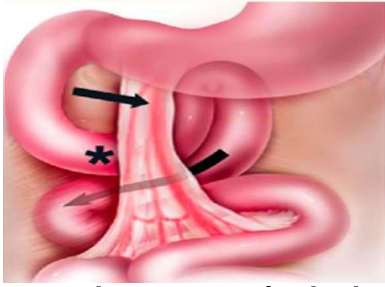


Hình 5: Thoát vị cạnh trái tá tràng ở bệnh nhân nam 72 tuổi bị đau vùng thượng vị cấp tính, không liên tục trong thời gian 24 giờ

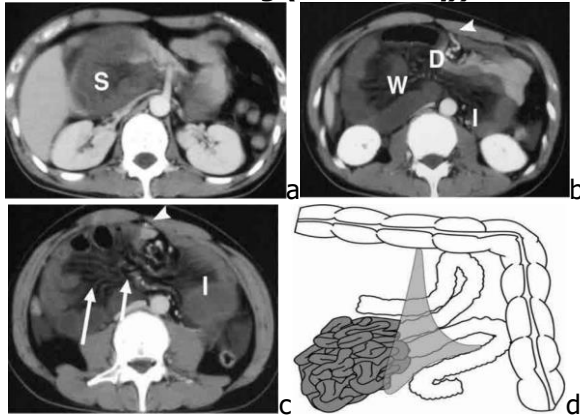
(a) Chụp cắt lớp vi tính có thuốc tương phản của vùng bụng trên cho thấy một khối giống như các vòng hồng tràng giãn giữa đầu tụy (P) và dạ dày. Đại tràng xuống (D) và dạ dày bị dịch chuyển sang một bên. Các tĩnh mạch mạc treo dưới bị giãn nằm ở bờ trước của các quai ruột bị bao bọc. (b) Các mạch mạc treo tràng dưới bị chèn ép (mũi tên) tại hố Landzert. (c) CT cho thấy tĩnh mạch mạc treo tràng dưới (đầu mũi tên). Mạch này là điểm đánh dấu cho mạc treo đại tràng dưới, nằm ở vị trí tại bờ trước trong của các vòng hồng tràng được bao bọc (J). (d) Sơ đồ (xem coronal) phẫu thuật cho thấy hố Landzert có đường kính 4cm (đầu mũi tên). Khi mổ nội soi được thực hiện 42 giờ sau CT, khoảng 200 cm hồi tràng đã được tìm thấy (mũi tên) [3].

Thoát vị cạnh phải tá tràng xuất hiện do các quai ruột và các tạng thoát vị vào hố Waldeyer, tồn tại do mạc treo đại tràng ngang không gắn vào phúc mạc nằm sau đoạn D3 tá tràng và dưới trần mạc treo ruột non. Thoát vị có hình túi, chứa các quai ruột giãn nằm giữa tụy và dạ dày. Mốc mạch máu của hố Waldeyer là động mạch và tĩnh mạch treo tràng trên nằm trước giữa túi thoát vị.

Nếu có ruột xoay bất toàn thì có thể xuất hiện đảo vị trí động tĩnh mạch mạc treo tràng trên, không thấy D3 tá tràng. Hố Waldeyer rộng hơn về bên phải và xuống dưới vào mạc treo đại tràng phải dẫn đến mốc mạch máu thay đổi: tĩnh mạch đại tràng phải nằm trước, động mạch mạc treo tràng trên nằm ở trước giữa bờ túi thoát vị [4].



Hình 6: Thoát vị cạnh phải tá tràng (Một quai ruột non (mũi tên cong) thoát vị qua hố Waldeyer, phía sau động mạch mạc treo tràng trên (mũi tên thẳng) và dưới đoạn D3 của tá tràng (dấu hoa thị))



Hình 7: Thoát vị cạnh tá tràng phải ở bệnh nhân nam 31 tuổi bị đau bụng lan tỏa đột ngột

(a) Chụp cắt lớp vi tính có thuốc tương phản cho thấy một khối giống như các quai ruột chứa đầy dịch (S). (b) Hầu hết các quai ruột giãn là các quai hông tràng và đoạn đầu hồi tràng, các quai ruột thoát vị qua hố Waldeyer (W), nằm phía sau động mạch mạc treo tràng trên (đầu mũi tên) ngay dưới phần ngang của tá tràng (D). (I) là hồi tràng. (c) Động mạch mạc treo tràng trên (đầu mũi tên), được dịch chuyển ra phía trước bởi các quai ruột bị cuốn vào. Các mạch máu hội tụ (mũi tên) được nhìn thấy trong mạc treo; các vòng hồi tràng giãn ra (I) được nhìn thấy bên trái ổ bụng. (d) Sơ đồ phẫu thuật cho thấy hố của Waldeyer (vùng màu xám nhạt) có đường kính 10 cm. Phẫu thuật mở được thực hiện 2 giờ sau chụp cắt lớp vi tính, 350 cm ruột non bị bóp nghẹt, nằm cách dây chằng Treitz 70cm [3].

Ít nhất một nửa số bệnh nhân thoát vị cạnh tá tràng cuối cùng sẽ diễn biến thành tắc ruột non, có hoặc không có nghẹt mạch máu, đòi hỏi phải phẫu thuật dù có triệu chứng hay không [6]. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật cho

từng loại thoát vị cạnh tá tràng, được tóm tắt thành ba kỹ thuật chính: mở rộng lỗ thoát vị và phục hồi giải phẫu bụng bình thường, đây là phương pháp phổ biến nhất, đóng lỗ thoát vị đơn giản, có hoặc không gia cố bằng lưới hoặc ít phổ biến nhất là cắt bỏ túi thoát vị, sau đó đóng lỗ thoát vị. Bất kể phương pháp phẫu thuật nào được chọn, sự hiện diện của dấu hiệu tắc nghẽn mạch máu ruột đòi hỏi phải cắt bỏ đoạn ruột bị ảnh hưởng.

Cho đến nay, dữ liệu được công bố về kỹ thuật phẫu thuật hiệu quả nhất còn ít và không có kết luận, do đó việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào bên, khác nhau đối với thoát vị cạnh tá tràng trái và phải.

Phẫu thuật nội soi thoát vị cạnh tá tràng được báo cáo đầu tiên bởi Uematsu vào năm 1998 [7]. Sau đó, việc sử dụng nội soi để chẩn đoán và điều trị cả thoát vị bên phải và bên trái đang tăng lên nhờ những tiến bộ trong kỹ thuật, dụng cụ và kinh nghiệm. Với phương pháp này, yêu cầu đặt ra là chẩn đoán xác định tình trạng thoát vị, giải phẫu rõ ràng các thành phần liên quan đến túi thoát vị và mạch máu gần đó trước khi phẫu thuật bằng cách chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang. Điều này sẽ giúp thuận lợi trong phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm đau sau phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Thoát vị cạnh tá tràng là loại thoát vị nội phổ biến nhất, chiếm hơn 50% các trường hợp thoát vị nội được báo cáo, trong đó 75% là thoát vị cạnh trái tá tràng. Bệnh thường biểu hiện với các triệu chứng không đặc hiệu bao gồm các dấu hiệu của tắc ruột non cấp tính như buồn nôn, nôn, đau bụng. Chụp cắt lớp vi tính đang đóng vai trò thiết yếu, có độ giá trị cao trong chẩn đoán trước mổ. Phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng cho thấy những ưu điểm đáng kể so với phẫu thuật mở, do đó phương pháp này đang trở thành chiến lược điều trị tối ưu cho những bệnh nhân thoát vị cạnh tá tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hendrickson, Richard J., et al.** "Small bowel obstruction due to a paracolic retroperitoneal hernia." *The American Surgeon* 68.9 (2002): 756-758.
2. **Assenza, M., et al.** "Laparoscopic management of left paraduodenal hernia. Case report and review of literature." *Il Giornale di chirurgia* 35.7-8 (2014): 185.
3. **Takeyama, Nobuyuki, et al.** "CT of internal hernias." *Radiographics* 25.4 (2005): 997-1015.
4. **Donnelly, L. F., et al.** "Left paraduodenal hernia leading to ileal obstruction." *Pediatric radiology* 26 (1996): 534-536.

5. Lee, Seung Eun, and Yoo Shin Choi. "Left paraduodenal hernia combined with acute cholecystitis." *Annals of Surgical Treatment and Research* 86.4 (2014): 217-219.
6. Schizas, D., et al. "Paraduodenal hernias: a systematic review of the literature." *Hernia* 23 (2019): 1187-1197.
7. Suwanthanma, Weerapat, et al. "Left paraduodenal hernia as a rare cause of small bowel obstruction in elderly: a case report and review of literature". *J Med Assoc Thai* 98.7(2015):713-8.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ QUẢN LÝ CẢI THIỆN CHỨC NĂNG SINH HOẠT ĐỘC LẬP TRÊN ĐỐI TƯỢNG KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phan Minh Hoàng¹, Vũ Thanh Thủy¹, Nguyễn Hồng Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc đánh giá kết quả quản lý người khuyết tật cũng là cần thiết trong việc quản lý về y tế. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập trên đối tượng khuyết tật vận động tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP. HCM). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng người khuyết tật tham gia chương trình tập phục hồi chức năng trong đề án người khuyết tật tại TP. HCM. **Kết quả:** Thang điểm FIM của nhóm đối tượng nghiên cứu có cải thiện từ 81 (45-102,5) lên 90 (54-111) điểm. Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập với nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức độ khuyết tật, thời gian tổn thương, mong muốn luyện tập, không gian luyện tập ($p < 0,05$). **Kết luận:** Có sự cải thiện đáng kể lực chức năng sinh hoạt độc lập trên đối tượng khuyết tật vận động trước và sau điều trị.

Từ khóa: FIM, khuyết tật, quản lý y tế

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF MANAGEMENT TO IMPROVE INDEPENDENT LIVING FUNCTION ON SUBJECTS WITH MOBILITY DISABILITY IN HO CHI MINH CITY

Background: Evaluating the results of managing people with disabilities is also necessary in medical management. **Objectives:** Evaluate the effectiveness of improving independent living functions on people with mobility disabilities in Ho Chi Minh city. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on people with disabilities participating in a rehabilitation program in a project on people with disabilities in Ho Chi Minh city. **Results:** The FIM scale of the study group improved from 81 (45-102.5) to 90 (54-111) points. Statistically significant relationship between the

effectiveness of improving independent living function with age group, education level, occupation, disability level, injury time, desire to practice, and practice space ($p < 0,05$). **Conclusions:** There is a significant improvement in functional capacity for independent living in subjects with mobility disabilities before and after treatment.

Keywords: FIM, disability, medical management

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 02/04/2018, Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp trình Sở Y tế kế hoạch thực hiện đề án hỗ trợ người khuyết tật (NKT) tại TP. HCM năm 2018. Tính đến nay, Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp đã tiếp cận hơn 7000 đối tượng tại một số quận, huyện trên địa bàn thành phố. Một số đối tượng NKT được điều trị tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế (TTYT) được điều trị thêm bằng các kỹ thuật điện trị liệu, âm ngữ trị liệu, thủy trị liệu. Phần lớn NKT còn lại được tập vận động trị liệu, hoạt động trị liệu ngay tại nhà. Chẩn đoán bệnh chủ yếu do tổn thương hệ thần kinh trung ương như yếu liệt tứ chi, yếu liệt 1/2 người sau tai biến mạch máu não (TBMMN), chấn thương sọ não (CTSN), bại não hay yếu vận động khác do tổn thương tủy sống, ngoài ra còn các bệnh lý về cơ- xương- khớp khác. Trong đó đối tượng yếu vận động do di chứng tai biến mạch máu não, CTSN và bại não là nhiều nhất, việc luyện tập chủ yếu dựa trên đội ngũ kỹ thuật viên tại khoa Phục hồi chức năng - Vật lý trị liệu của bệnh viện [1].

Việc đánh giá kết quả quản lý người khuyết tật cũng là cần thiết trong việc quản lý về y tế và việc tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập trên đối tượng khuyết tật vận động. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp số liệu cho các nhà quản lý về y tế và đưa ra đề án tiếp theo của bệnh viện cũng như thành phố để mang lại hiệu quả tốt nhất cho NKT.

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng - Điều trị Bệnh Nghề nghiệp TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng

Email: drhoangphan@bvphuchoichucnanghcm.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024